Der Gallenstein-Ileus und seine Frühdiagnose.

Auszug
aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
bei der Medizinischen Fakultät der

Schlesischen Friedrich-Wilhelms Universität
zu Breslau

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

vorgelegt von

Erich Wohlauer.

1921.

Gedruckt
mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms Universität zu Breslau.

Berichterstatter:
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hermann Küttner.

An der Hand von 7 Fällen aus der Chirurgischen Abteilung des Allerheiligen-Hospitals (Primärarzt: Professor Dr. Tietze) wird die heute allgemein anerkannte These widerlegt, daß der Gallenstein-Ileus vor der Operation fast niemals diagnostiziert werden kann. Neu oder vielmehr noch nicht beschrieben ist die Tatsache, daß eine vollständige Lähmung der Peristaltik durchaus zum Bilde dieser Obturationsform des Darmverschlusses gehören kann. Neben der Diagnostik erfahren Krankheitsverlauf, Therapie, hier vor allem die Frage der Radikaloperation, und Prognose eine kurze Würdigung. Da jede Behandlung nur bis zu einem bestimmten Augenblick Aussicht auf Erfolg verspricht, ist zweifellos die Frühdiagnose, die Art und Sitz des Hindernisses einschließt, das brennendste Problem bei jedem Ileus.

Die charakteristischen und für die Diagnose wesentlichsten Punkte aus den Krankenberichten, die nur in kurzem Auszug zur Wiedergabe gelangen, werden in einer Tabelle zusammengestellt.

So oft die Gallensteinkrankheit selbst, so selten wird der Darmverschluß durch Gallensteine beobachtet. Ueber seine prozentuale Beteiligung unter den verschiedenen Formen des Ileus gehen die Meinungen stark auseinander. In völliger Uebereinstimmung mit Leichtenstern berechnen wir sie auf 2,5 %.

Da jeder Gallenstein-Ileus, abgesehen von der ernsten Prognose, eine ganze Reihe von Problemen aufrollt, ist er wiederholt Gegenstand theoretischer Betrachtungen geworden, doch findet sich über die Kardinalfrage der Frühdiagnose in der Literatur keine Mitteilung. An Material zu Studien hat es nie gefehlt; so hat Hermann 249 und Wagner sogar 340 Fälle zusammenstellen können.

Unter unseren Patienten waren 5 Frauen, von anderer Seite wird sogar ein drei- und vierfaches Ueberwiegen des weiblichen Geschlechts (Treves) berichtet. Da nach Langenbuch auch bei der Cholelithiasis auf einen Mann 5 Frauen entfallen, ist das Zahlenverhältnis beim Gallenstein-Ileus absolut verständlich. Erklärt wird es durch schnürende Kleidung, sitzende Lebensweise sowie die Folgen überstandener Schwangerschaften und Geburten. Tierexperimente und Kriegserfahrungen sprechen beweisend in diesem Sinne.

Nur ein einziger Patient unseres Materials war noch nicht 50 Jahre alt; diese Beobachtung findet gleichfalls in der Literatur vielfache Analoga. Von Wagners Fällen standen 35 % im

7. Dezennium. Hierfür ist neben dem erhöhten Cholestearinspiegel des Blutes vor allem die Altersatrophie der Gallenblasenmuskulatur verantwortlich zu machen.

Besonders charakteristisch ist die Lokalisation des Verschlusses durch Gallensteine im Darmkanal. Das untere Ileum muß als der typische Sitz dieser Affektion angesehen werden.

Der Entstehungsmechanismus ist ein altes, vielumstrittenes Problem. Die Spasmen - Theorie (Körte, Israel, Wilm's), die Erklärung von Rehn und Helferich durch lokale Peritonitis, die König'sche Hypothese der Schleimhautinkarzeration sowie schließlich die anatomische Auffassung der Pathogenese von Leichtenstern müßen wir zu Gunsten der jüngst von Propping vorgeschlagenen Definition ablehnen. Diese besagt, daß der Darmverschluß durch Gallensteine zunächst ein „relativer oder Stenose - Ileus" ist, der sich über kurz oder lang zum „vollständigen oder Lähmungs - Ileus" entwickelt. Nur diese Erklärung macht uns die ab und zu beobachtete Darmruhe bei einer Obturation verständlich.

Die grundlegenden Arbeiten von Nothnagel, Wilms und Wahl haben uns den mechanischen vom paralytischen Darmverschluß zu trennen sowie Strangulation und Obturation auseinanderzuhalten gelehrt. Der Artdiagnose erwachsen erst dann besondere Schwierigkeiten, wenn es sich wie in unseren Fällen um Mischformen handelt.

Unser wertvollstes Hilfsmittel, die Vorgeschichte des Kranken, versagt leider recht häufig. Vor dem Auftreten der Verschlußerscheinungen wird der Patient nur selten einen Ikterus durchgemacht haben, da die Steine in der Regel durch eine Fistel von der Gallenblase in den Darm gelangen. Selbst die „Durchschwärung" des Konkrements geht häufig völlig symptomlos vor sich. Unbestimmte Klagen über Magenstörungen sind bereits anamnestisch verwertbar.

Weil die Steine das Darmlumen mitunter nur unvollkommen verlegen oder auch sich mehrfach einklemmen und wieder lösen, sind die Symptome unter Umständen wenig ausgeprägt oder nur zeitweise anzutreffen.

Die Palpation, die nach Schüller in 13 % positive Resultate zeitigt, liefert nur verschwindend selten verwertbare Ergebnisse. Die von Wilms betonten perkutorischen und auskultatorischen Phaenomene spielen gleichfalls eine untergeordnete Rolle.

Bei keinem unserer Patienten wurde Blutbrechen beobachtet, das von einzelnen Autoren (Küttner, Tietze) für pathognomonisch gehalten wird.

Immer setzte bei leidlichem Allgemeinbefinden, mäßiger Auftreibung sowie Druckschmerzhaftigkeit des Leibes frühzeitig Erbrechen galliger Massen ein, die später faekulenten Charakter annahmen. Oft tritt schon nach kurzem Miserere ein schwerer allgemeiner Kollaps in Erscheinung, wie andererseits auch kritische Situationen von wiederholten Remissionen unterbrochen werden.

Solange die Peristaltik gegen das Hindernis ankämpft,

empfinden die Patienten den eingeklemmten Gallenstein bisweilen als „fixierte Kugel". Aus der Lokalisation von Darmsteifungen. Meteorismus und Schmerzen, der Schnelligkeit der Krankheitsentwickelung, dem Charakter des Erbrochenen, der Menge des einlaufenden Wassers, dem Indikanbefund des Urins sowie endlich dem Röntgenbild läßt sich mit einiger Genauigkeit der Sitz des Verschlußes bestimmen. Seitdem uns Kloiber von der Methode der Kontyastmahlzeit unabhängig gemacht hat, hat das Röntgenverfahren besonderen Wert erhalten.

Das Kapitel der Differentialdiagnose läßt sich mit wenigen Worten nicht abhandeln. Abzugrenzen sind hauptsächlich: Gallensteinkoliken, Peritonitis, Pankreatitis, hochsitzende Strangulationen sowie Obturationen durch Murphy- Knöpfe, ektatische und stieltorquierte Gallenblasen.

Die Frage des mehrfachen und rezidivierenden Ileus durch Gallensteine ist lediglich für die Operationsmethodik von Bedeutung.

Bei unseren 7 Fällen wurde 5 mal vor dem Eingriff Art- und Lokaldiagnose gestellt, in einem einzigen Falle die Situation verkannt. Mithin hat die These, daß der Gallenstein - Ileus nur in den seltensten Fällen frühzeitig diagnostiziert werden kann, (Körte Scheäpfer, Wagner) keine Berechtigung.

Die einzige rationelle und kausale Therapie ist die Frühoperation. Von palliativen Maßnahmen kommen allenfalls Magen- und Darmwaschungen, Wärmeapplikation und von Medikamenten Papaverin, Atropin und Hormonal in Frage. Für die Operationstechnik ist zu empfehlen, den Schnitt in die Mittellinie oberhalb des Nabels zu legen, den Stein im Gesunden zu entbinden und die Darmwunde quer zu vernähen. Lediglich der Zustand des Patienten entscheidet, ob Darm und Gallenblasengegend nach weiteren Konkrementen revidiert werden sollen. Im gegebenen Falle ist die Cholecystektomie auszuführen.

Die Mortalität des Gallenstein - Ileus beträgt heute etwa 55 % (nach Naunyn noch 92 %). Die Operationsresultate lägen weit günstiger, wenn die Kranken zeitiger in die Hände des Chirurgen kämen. Einwandfrei ist aus den Mitteilungen aller Antoren ersichtlich, daß die Frühoperation für die Behandlung des Gallenstein - Ileus als die Methode der Wahl gelten muß.

Die bedeutsamsten Fortschritte hat die Diagnostik gemacht, der im wesentlichen auch diese Arbeit gilt: Während 1891 nur in 31 % der Fälle vor der Operation die Sachlage richtig erkannt worden ist, haben wir in 71,4 % gleichfalls vor dem Eingriff die zutreffende Art- und Lokaldiagnose des Ileus gestellt.

Graphischen Kunstanstalten Breslau 6.